Dauererfolge bei Peritoneal- und Genitaltuberkulose.
Auf Grund des Materials der Münchener Universitäts-Frauenklinik
aus den Jahren 1887—1909.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität

zu München

vorgelegt von

Gersch Schroit

aus Kamenez-Podolsk (Rußland).

München 1911.

Druck von G. Birk & Co. m. b. H.

Dauererfolge bei Peritoneal- und Genitaltuberkulose.
Auf Grund des Materials der Münchener Universitäts-Frauenklinik aus den Jahren 1887—1909.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität

zu München

ACAD
LUGD BAT
BIBL.

vorgelegt von

Gersch Schroit

aus Kamenez-Podolsk (Rußland).

München 1911.

Druck von G. Birk & Co. m. b. H.

Dauererfolge bei Peritoneal- und Genitaltuberkulose.
Auf Grund des Materials der Münchener Universitäts-Frauenklinik aus den Jahren 1887—1909.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität

zu München

ACAD
LUGD BAT
BIBL.

vorgelegt von

Gersch Schroit

aus Kamenez-Podolsk (Rußland).

München 1911.

Druck von G. Birk & Co. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Professor Dr. Döderlein.

MEINEN LIEBEN ELTERN
IN DANKBARKEIT GEWIDMET!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548308_0099

Bis zu den letzten Dezennien des vorigen Jahrhunderts galt die Genital- und Peritonealtuberkulose als eine seltene Erkrankung mit absolut ungünstiger Prognose. Die Ärzte mußten sich zu jener Zeit nur mit der Stellung der Diagnose begnügen, was beim damaligen Stande der Untersuchungsmethoden nicht immer mit jener Sicherheit und Exaktheit geschehen konnte, wie dies heutzutage der Fall ist. Von einer erfolgreichen Therapie war noch keine Rede. Es war das Verdienst Spenser Wells darauf aufmerksam zu machen, daß die tuberkulöse Peritonitis durch die Laparotomie zur Dauerheilung gebracht werden kann. Er führte im Jahre 1862 wegen eines diagnostischen Irrtums den einfachen Bauchschnitt aus; da es sich bei der Operation herausstellte, daß es sich um Tuberkulose des Peritoneums handle, so wurde die Bauchhöhle geschlossen, ohne irgend etwas zu entfernen. Die Patientin überlebte diesen Eingriff und war noch 27 Jahre darnach völlig gesund. Dieser unerwartete Erfolg erweckte großes Interesse in den Chirurgen- und Gynäkologenkreisen, und seit dieser Zeit wurde sowohl die Probelaparotomie, als auch die Laparotomie mit darauffolgender Radikaloperation in Fällen von Peritoneal- und Genitaltuberkulose öfters ausgeführt.

Schon i. J. 1886 erschien die Monographie Hegars, in der der Verfasser eingehend die Diagnose und die chirurgische Behandlung der Genitaltuberkulose bespricht, und bald darauf, i. J. 1890, veröffentlichte König seine Arbeit, in der er über 131 operativ behandelte Fälle von Peritonitis-tuberkulosa referierte.

Seit der grundlegenden Arbeit Hegars und der Veröffentlichung Königs ist die Literatur, in der die Genital- und Peritonealtuberkulose abgehandelt wird, bedeutend angewachsen. Sowohl die klinischen wie die anatomischen Einzelheiten dieser Krankheit wurden ausgiebig bearbeitet. Unter den vielen Fragen, die das Studium der tuberkulösen Genital- und Peritonealerkrankung aufwarf, war die Frage über den Heilwert der operativen Behandlung eine der strittigsten. In einer großen Reihe von Publikationen auf Grund umfangreicher Statistiken bemühten sich viele namhafte Ärzte eine entscheidende Antwort zu geben.

So veröffentlichte Lindner im Jahre 1892 eine Arbeit, in der er 205 Fälle von Peritonitistuberkulosa zusammenstellte. Bei allen Kranken wurde die Laparotomie ausgeführt. 102 Patienten wurden mit dem Vermerk „geheilt" entlassen; unter ihnen befanden sich auch solche, die bis zu 2 Jahren beobachtet werden konnten. 23 Fälle wurden 2—5 Jahre beobachtet und in 8 Fällen konnte eine Heilung noch 5 Jahre p. operationem konstatiert werden.

Margaruzzi gibt i. J. 1897 eine Übersicht über 253 Fälle mit 216 Heilungen und 37 Todesfälle. Unter den Heilungen sind 67 länger als ein Jahr und unter diesen viele von 3-, 4-, 5- und 6jähriger Dauer beobachtet worden.

Im Jahre 1898 berichtete Schramm über den Dauererfolg der Therapie in 45 Fällen von Peritonitistuberkulosa, von denen 25 intern und 20 operativ behandelt wurden. Auf Grund seiner Beobachtung kam der Autor zum Schluß, daß die operative Behandlung eine viel günstigere Prognose gebe, als die expectative. Wir finden in seiner Aufstellung, auf die einzelnen Formen der tuberkulösen Peritonealerkrankung verteilt, folgendes Resultat der Therapie:

Exsudative Form: nicht operierte 5; 4 gestorben; 2 leben. Operierte 6; alle leben.

Adhäsive Form: nicht operierte 5; alle gestorben. Operierte 4; 1 gestorben.

Ulceröse Form: operierte 3; 2 gestorben; 1 leben.

Eine sehr umfangreiche Statistik ist i. J. 1899 von Roersch veröffentlicht worden; es sind 358 operativ behandelte Fälle teils von ihm, teils von Aldibert zusammengestellt. 250 sind mit dem Vermerk „geheilt" entlassen worden, davon sind 118 Patienten 6 Monate, 79 1 Jahr und 53 länger als 2 Jahre beobachtet worden. Es sind auch Heilungen bis zu 25 Jahren konstatiert worden. In 83 Fällen war ein tödlicher Ausgang zu verzeichnen, von denen 20 im Anschluß an die Operation starben. Zur Operation kamen alle Formen der tuberkulösen Peritonitis.

Gestützt auf die aus den oben angeführten Statistiken hervorgehenden Resultate kamen die genannten Autoren zu sehr optimistischen Anschauungen über den Heilwert der operativen Behandlung.

Dieser Optimismus dauerte aber nicht lange, und schon bald darauf trat eine Reaktion ein. Es wurden viele Fälle von Peritoneal- und Genitaltuberkulose publiziert, die durch konservative Therapie zur Dauerheilung gebracht wurden. Mit besonderem Nachdruck wurde darauf hingewiesen, daß Ruhe und Diät in erster Linie, günstige hygienische Verhältnisse, Verabreichung von Diuretica, warme Einpackungen etc. eine wesentliche Besserung der klinischen Symptome herbeiführen können. Es erhoben sich in den Ärztekreisen Stimmen, die dahin lauteten, daß die Laparotomie als ein sehr ernster Eingriff anzusehen sei, der zu vielen Komplikationen führt. Von einzelnen Autoren wurde sogar behauptet, daß die Laparotomie als Heilmittel ganz zu verwerfen sei, da sie durch die konservative Behandlung vollständig ersetzt werden kann. Dieser letztere Standpunkt wurde besonders eifrig von Borchgrevink vertreten. Er nimmt einen ganz ablehnenden Standpunkt gegenüber

der Heilwirkung der Laparotomie auf die tuberkulöse Peritonitis ein. In seiner Casuistik stellte Borchgrevink 22 operierte einer ebenso großen Zahl konservativ Behandelter gegenüber. Während die interne Behandlung 81 % Heilung ergab, wurde durch die Operation eine Heilung nur in 66 % der Fälle erzielt. Bemerkenswert ist die Behauptung Borchgrevinks, daß die Heilung bei den operativ behandelten Fällen nicht der Operation selbst zuzuschreiben sei. Seiner Meinung nach handelte es sich in diesen Fällen um solche, die auch einer internen Behandlung wohl zugänglich waren.

Ebenso verhält sich Prochownik der optimistischen Anschauung von den günstigen Resultaten der Laparotomie gegenüber zurückhaltend.

Den spezifischen Einfluß der Laparotomie negiert auch Theilhaber.

Sehr ungünstige Resultate ergibt die Aufstellung von Wunderlich über den Erfolg der operativen Behandlung bei der trockenen Form der tuberkulösen Peritonitis. Nur in 18 Fällen von 81 wurde eine Heilung erzielt. In 56 Fällen ist der Ausgang der operativen Behandlung ein letaler, dabei starben 15 unmittelbar im Anschluß an die Operation. Bei den übrigen 7 Kranken war keine Besserung zu verzeichnen. Auch in den Fällen von ascitischer Form der tuberkulösen Peritonitis kommt Wunderlich in seiner Casuistik zu einem viel schlechteren Resultat, als es bis dahin aus anderen statistischen Angaben hervorging. Als Mißerfolg bezeichnet Wunderlich in erster Linie die häufige Wiederkehr des Ascites, dann die ziemlich häufige Ausbildung einer Kotfistel bei der adhäsiv trockenen Form, die fast immer zu einem tödlichen Ausgang führt. Auf die Gefahr der postoperativen Kotfistel wurde auch in anderen sehr beachtenswerten Publikationen hingewiesen (Frank, Jaffe u. a.). Ebenso hat auch Thönes auf die

enormen durch die Operation herbeigeführten Gefahren hingewiesen. Er spricht in seiner Arbeit von Kotfistelbildung, Collaps, Sepsis und ähnlichem.

Den pessimistischen Anschauungen dieser Autoren über den Heilwert der Laparotomie und besonders dem Pessimismus Borchgrevinks steht der Optimismus von H. W. Freund, Schattuck, Rose u. a. gegenüber.

So berichtet H.W. Freund über 4 Fälle von ascitischer und 7 Fälle von adhäsiver Form der Bauchfelltuberkulose, wo er in allen 11 Fällen durch die Laparotomie Dauerheilung erreichte. Sogar in 4 Fällen von schwerer ulcerös eitriger Peritonealtuberkulose konnte er bei 2 von diesen durch die Operation einen Dauererfolg erzielen. Was den durch die konservative Behandlung in den Fällen Borchgrevinks erreichten Heilerfolg anbetrifft, so wird von H. W. Freund der Vorwurf gemacht, daß diese Fälle nicht lange genug beobachtet wurden, um bei ihnen von einer definitiven Heilung zu sprechen.

In der vor kurzer Zeit erschienenen Arbeit aus der Breslauer Universitäts-Frauenklinik wird von Heimann die operative Methode bei der Behandlung der Peritonitis-Tuberkulosa in allen ihren Formen am wärmsten empfohlen. Es wurden im Laufe von 10 Jahren 36 Frauen wegen tuberkulöser Peritonitis operiert. Alle 36 Frauen wurden als gebessert entlassen und es war kein einziger Todesfall zu verzeichnen, den man event. der Operation zuschreiben könnte. Von 28 Patientinnen wurden 13 als gestorben gemeldet und 15 konnten nachuntersucht werden. Diese 15 Frauen wurden durch die Operation so hergestellt, daß sie sich nach ihrem eigenen Ausspruch ganz wohl fühlten. Recidive haben sich nie mehr gezeigt. Heimann sagt: „Prozentualiter berechnet, habe ich also nach einer Beobachtungszeit von mindestens zwei Jahren eine absolute Heilung von 54 % erzielt, ein trefflicher Beweis für die glänzenden Erfolge der Laparotomie.“ Weiter sagt Verfasser folgendes:

„An unserer Klinik werden die Frauen, sobald die Diagnose soweit als möglich gesichert ist, sofort laparotomiert."

Wie wir bis jetzt sehen können, stehen sich in der Behandlung der tuberkulösen Unterleibserkrankung hauptsächlich zwei Ansichten gegenüber. Die einen Autoren wollen ein völlig konservatives Regime einschlagen, die anderen plädieren für ein rein chirurgisches Vorgehen. Zwischen diesen beiden Gruppen steht eine dritte, die in der letzten Zeit mehr und mehr Anhänger gewonnen hat. Diese raten, immer zuerst ein konservatives Vorgehen zu versuchen. Hin und wieder wird man, ihrer Meinung nach, auf die konservative Behandlung (absolute Bettruhe, roborierende Diät etc.) den Allgemeinzustand sich bessern und die lokalen Erscheinungen verschwinden sehen. Verschlechtert sich hingegen das Allgemeinbefinden, nehmen die lokalen Symptome zu, so muß chirurgisch vorgegangen werden. In diesem Sinne eben deuten die von Baisch auf Grund eines größeren klinischen Materials gezogenen Schlußfolgerungen hin. Soweit es mir bekannt ist, ist das in der Literatur der letzten zwei Jahre eine einzig dastehende Arbeit, die über ein so großes Material, das aus einer Klinik stammt, referiert. Das Material, welches dem Verfasser zur Verfügung stand, setzt sich aus 110 Fällen von Peritoneal- und Genitaltuberkulose aus 10 Jahren zusammen. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die Beobachtungszeit über zwei Jahre. Dieser letzte Punkt ist besonders wichtig und deshalb erwähnenswert, da viele andere Statistiken eben daran leiden, daß die Beobachtungsdauer viel zu kurz ist, um einen sicheren Schluß ziehen zu können. Von diesen 110 Kranken konnte das Befinden von 105 durch Nachuntersuchung resp. Nachfrage festgestellt werden. Unter diesen 105 Fällen waren 45 von vorwiegender Tubentuberkulose, auf die ich weiter unten noch näher eingehen werde. Von den übrigen 60 Fällen gehörten 38 der ascitischen und 22 der adhäsiv trockenen Form der Peritonealtuberkulose

an. Von den 38 Frauen mit tuberkulösem Ascites wurden 34 operativ und nur 4 konservativ behandelt. Bei den 34 operierten war eine Dauerheilung in 70% zu verzeichnen, was natürlich als glänzender Erfolg der operativen Therapie zu bezeichnen ist. Zur Frage, „welches die Bedingungen sind, von denen der Erfolg der Operation abhängt", stellt Verfasser auf Grund seiner Beobachtungen folgenden Grundsatz auf: „Die besten Erfolge hat man bei Kranken, die nicht fiebern, die keine anderweitige schwere Lokalisation der Tuberkulose darbieten und kräftig genug sind, um einen operativen Eingriff nicht als eine ernstliche Schwächung des Organismus zu empfinden." So lagen eben die Verhältnisse in jenen Fällen, wo eine glatte dauernde Heilung zu konstatieren war. Von den 22 Fällen, die zur Gruppe der trockenen adhäsiven Form der Peritonealtuberkulose gehörten, wurden 11 Frauen expectativ und 11 operativ behandelt. Von den expectativ Behandelten sind 8 gestorben, von den 11 Operierten 8 gesund und arbeitsfähig geworden. Auf den ersten Blick sprechen diese Zahlen sehr zugunsten der Laparotomie. Verfasser selbst aber warnt vor einer solchen Schlußziehung. Er macht darauf aufmerksam, daß alle 11 expectativ behandelten Frauen in einem fieberhaften und so elendem Zustande sich befanden, wo von jedem chirurgischen Eingreifen Abstand genommen werden mußte. Dagegen waren die 11 operierten Frauen verhältnismäßig bei gutem Allgemeinbefinden, und dann hat vielleicht die Bettruhe und die Spitalspflege ihres, nicht um vieles weniger als die Operation selbst, zur Heilung beigetragen.

Bezüglich der operativen Behandlung der wenigstens klinisch isolierten Genitaltuberkulose äußerte sich Hegar im Jahre 1886 folgenderweise: „Die Exstirpation der tuberkulös erkrankten Tuben und Ovarien sowie selbst des Uterus ist bei isolierter Erkrankung dieser Organe angezeigt, sobald keine entschiedene Neigung zum Stillstand und zur Obsoleszenz besteht."

Seit dieser Äusserung Hegars ist die Frage über die Behandlungsweise der Genitaltuberkulose viel diskutiert worden. Auf dem IV. Internationalen Kongreß für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Rom wurde die Genitaltuberkulose von Veit, Martin und Amann jr. eingehend besprochen.

In der Frage der Behandlungsart der Genitaltuberkulose stehen sich, genau so wie in der Frage der Behandlung der Peritonealtuberkulose — mit welcher sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kombiniert vorkommt —, ebenfalls hauptsächlich zwei Anschauungen gegenüber. Während die einen Autoren mehr für die konservative Behandlung plädieren, raten die anderen der operativen Behandlung den Vorzug zu geben. Dagegen sind sich fast alle Autoren darüber einig, daß man in Fällen isolierter Genitaltuberkulose bei gutem Allgemeinbefinden der Patientinnen am besten tut, wenn man den krankhaften Herd operativ entfernt. (Baisch, Martin, Sellheim, Veit u. a.) Alterthum empfiehlt bei frischen Fällen isolierter Genitaltuberkulose zuerst einige Zeit abzuwarten und nur dann zur Operation zu schreiten, wenn bei einer entsprechenden konservativen Behandlung sich keine nennenswerte Besserung zeigt. Auch Stolper ist der Meinung, daß Tubentuberkulose spontan ausheilen kann und schlägt vor, es immer zuerst mit der konservativen Behandlung zu versuchen und nur in Fällen, wo diese Behandlungsmethode versagt, eine Operation vorzunehmen. Veit und Polano treten für die Einschränkung der Operation nur auf Fälle isolierter Genitaltuberkulose ein. Polano meint, „daß man bei Frauen, die gleichzeitig an Tuberkulose der Genitalien und der Lungen leiden, besser tut, möglichst bei diesen Kranken auf eine Operation, die ein längeres Krankenlager im Gefolge hat, zu verzichten“. Aber auch in den Fällen von scheinbar isolierter Genitaltuberkulose, wenn die Erkrankung erträgliche Beschwerden macht, ratet Polano die allgemeine antituberkulöse Behandlung der operativen

vorzuziehen. Polano sagt: „Es ist sicher, daß der Körper ebenso wie in der Lunge und in dem Peritoneum auch im weiblichen Genitalapparat die spezifischen Erreger der Tuberkulose zu überwinden vermag.“

Dagegen meint Walther, daß bei Tubentuberkulose die Hoffnung auf eine Spontanheilung aussichtslos sei und schlägt daher die Radikaloperation vor. Derselben Meinung ist auch Sippel; er sagt: „Die tuberkulösen Tuben müssen wohl immer entfernt werden, da sie meist Beschwerden machen, Veranlassung zur tuberkulösen Peritonitis geben und wohl nie spontan ausheilen.“ J. van Rooy rät auch, in schweren Fällen großer Tumoren bei schlechtem Allgemeinbefinden zu operieren, da er beobachtet hat, daß die Kranken den operativen Eingriff auch in derartigen Fällen gut überstehen, nur muß natürlich in solchen Fällen die Operation so schnell wie möglich ausgeführt werden. Heimann kommt auf Grund seiner Erfahrungen zur Ansicht, daß die Operation keinen exacerbierenden Einfluß auf ein etwa vorhandenes Lungenleiden ausübt. Auch Baisch ist der Meinung, daß man bei tuberkulöser Genitalerkrankung im Interesse der raschen Genesung der Patientinnen besser tut, wenn man den operativen Weg einschlägt, da die Tubentuberkulose nur eine ganz geringe Tendenz zur Spontanheilung zeigt. Baisch berichtet von 45 Fällen, bei denen die tuberkulöse Tubenaffektion im Vordergrund stand und von denen 13 konservativ und die übrigen 32 operativ behandelt wurden. Von den 13 konservativ Behandelten starben 8 und von 32 Operierten sind 23 gesund und arbeitsfähig geblieben. Diese Resultate illustrieren am besten den großen Wert der Operation bei der Behandlung der Genitaltuberkulose.

Die Frage, welches das heilende Agens bei der Laparotomie ist, ist auch noch heutzutage trotz eifrigster Forschung nicht mit Sicherheit aufgeklärt. Es sind verschiedene Theorien aufgestellt worden. Nach Lauen-

stein soll der Einfluß der Laparotomie in der abtötenden Wirkung der Austrocknung und des Lichtes auf die Tuberkelbazillen bestehen. Nach Warnecke soll die Bildung eines plastischen Exsudats als Heilfaktor in Betracht kommen. Bäumler meint, daß die plötzliche Änderung der Zirkulationsverhältnisse das maßgebende sei. Alle diese Theorien und noch manche andere erhoben in den Ärztekreisen heftigen und sehr ernsten Widerspruch. Heutzutage ist die Ansicht derer Autoren am meisten vertreten, die die Heilwirkung der Laparotomie der Hyperämie zuschreiben (Hildebrand, H. W. Freund, Bumm, Heimann u. a.). Hildebrand kommt auf Grund seiner experimentellen Untersuchung zu folgendem Schluß: „Das normale Peritoneum reagiert anfangs auf die Laparotomie mit einer arterillen Hyperämie, die sich später in eine mehr venöse umwandelt. Bei der Heilung der tuberkulösen Peritonitis stellt die venöse Hyperämie, wie sie noch tagelang nach der Operation nachzuweisen ist, das wesentliche heilende Moment dar.“ Heimann sagt: „Durch den Schnitt kommt es zu einer bedeutenden Blutzufuhr nach jenen Geweben und mit dem Blute werden baktericide Stoffe mitgeführt, die den Kampf mit den Tuberkelbazillen aufnehmen.“

Das Material, welches mir zur Beurteilung der Heilerfolge der weiblichen Genital- und Peritonealtuberkulose zur Verfügung steht, setzt sich aus 25 Fällen zusammen, die im Laufe der letzten 23 Jahre in der Münchener Universitätsfrauenklinik behandelt wurden. Von diesen 25 Frauen sind 20 operativ und 5 konservativ behandelt worden. Es wurden an sämtliche Patientinnen Briefe gesandt mit der Bitte, sich zu einer Untersuchung in der Klinik vorzustellen oder, falls dies ihnen unmöglich wäre, den beigelegten Fragebogen auszufüllen. Auf diese Weise konnten die Resultate der Behandlung in 19 Fällen fest-

gestellt werden. Von diesen letzteren teile ich im folgenden die subjektiven und objektiven Symptome in der Zeit des Klinikaufenthaltes, wie sie aus den damaligen Krankheitsgeschichten hervorgehen, mit und zugleich auch die durch briefliche Nachfrage eingegangenen Nachrichten über das jetzige Befinden der Patientinnen.

Es scheint mir, der besseren Übersicht wegen, zweckmäßig, die Fälle mit operativer Therapie getrennt von denjenigen mit palliativer Therapie zu veröffentlichen.

Chirurgisch behandelte Fälle.

Von den 20 per Laparotomiam behandelten Frauen starben zwei im Anschluß an die Operation; die anderen Frauen mit Ausnahme einer (Fall XII) wurden teils geheilt, teils gebessert aus der Klinik entlassen.

Nur eine Patientin konnte kontrolliert werden, von 12 bekam ich briefliche Nachricht, entweder von ihnen selbst, oder ihren Angehörigen. Von den übrigen fünf Operierten kam keine Antwort. Ein späterer Todesfall wurde nicht berichtet.

Fall I.

Marie T. 40 Jahre. Seit 14 Jahren verheiratet.

Partus: I (vor 13 Jahren). Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses mit 16 Jahren, letzte vor 8 Tagen. Verlauf der Menses: stets normal.

Beschwerden: Pat. gibt an, daß seit der Entbindung eine Geschwulst in der linken Seite des Unterleibes aufgetreten ist, die jedoch keine Schmerzen verursacht. Seit August d. J. Harnbeschwerden, Katheterismus und rasches Wachstum der Geschwulst. Seit zehn Tagen starkes Erbrechen. Status am 12. XI. 1887: Etwas anämische, mäßig ernährte Pat. Herz und Lungen o. B. Abdomen ungleichmäßig aufgetrieben, links mehr als rechts; dasselbe zeigt sich eingenommen von einem prall-elastischen überall fluktuierenden Tumor, der percutorisch leeren Schall gibt.

Auch im Douglas ist ein prall-elastischer Tumor zu tasten, der mit dem im Abdomen festgestellten in Kommunikation steht. Uterus corpus und Adnexe lassen sich nicht deutlich abgrenzen.

Diagnose: Ovarialcyste? Vielleicht ein cystisch degeneriertes Myom?

Therapie: Probepunktion am 25. II. 1887: Es entleerte sich eine geringe Menge seröser gelblicher Flüssigkeit.

Verlauf: Appetit und Schlaf ziemlich gut, Schmerzen im Abdomen; häufiges Erbrechen, auch in der Nacht. Pat. wird am 3. XII. 1887 entlassen.

Am 11. XII. 1887 sucht Pat. wieder die Klinik auf, da noch immer ständiges Erbrechen besteht, wodurch sie bettlägerig und vollständig arbeitsunfähig ist; Druckgefühl im Abdomen, jedoch aber keine Schmerzen. Keine Urinbeschwerden.

Status am 11. XII. 1887: Die Flüssigkeitsansammlung im Abdomen und im Douglas ist beträchtlicher als früher. Mäßiges Fieber.

Therapie: Punktion im Douglas am 16. XII. 1887. Es entleerten sich ca. $2^1/_2$ Liter einer trüben orangegelben etwas kolloiden Flüssigkeit, von spezif. Gewicht 1020.

Da sich trotz der Punktion der Zustand der Pat. nicht besserte, so wurde am 21. XII. 1887 die Laparotomie ausgeführt:

Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurden auf dem Peritoneum einige kleine Knötchen sichtbar. Der Tumor links steht in inniger Verbindung mit Darmschlingen. Bei der Punktion des prominentesten Tumors erhielt man eine ziemliche Menge dickflüssigen Eiters.

Anat. Diagnose: Darm- und Bauchfelltuberkulose. Verlauf: Durch die Laparotomie wurde ein relativ günstiger Erfolg erzielt, indem die Schmerzen und das Erbrechen aufhörten, und die Transudation sich nicht mehr einstellte.

Kein Fieber. Pat. wird am 27. I. 1888 in sehr gebessertem Zustande entlassen.

Nachricht: 24. VIII. 1910. Pat. ist 1894, d. h. 6 Jahre nach der Laparotomie, an ihrem chronischen Leiden gestorben. Der Bezirksarzt teilt uns mit, daß Pat. seit ihrem letzten Klinikaufenthalt noch 25 bis 30 mal punktiert wurde.

Fall II.

Kreszens K. 27 Jahre. Tuberkulös nicht belastet. Seit 6 Jahren verheiratet.

Partus: 0. Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses mit 16 Jahren, letzte vor 6 Monaten. Verlauf der Menses: Bis zu Amenorrhoe stets normal.

Beschwerden: Seit März fühlte sich Pat. krank, angeblich infolge einer Erkältung. Zugleich bemerkte Pat. eine Geschwulst im Leibe, Schmerzen in der linken Seite, die ins linke Bein ausstrahlen.

Status am 5. VIII. 1894: Schwächliche, gracil gebaute Pat. Herz und Lunge o. B. Temperatur und Pulsfrequenz normal. Abdomen flach. Auf der linken Seite ist eine circumskripte, handtellergroße, wenig empfindliche und deutlich fluktuierende Resistenz zu tasten, die fast bis zum Nabel hinaufreicht. Über dem Tumor gedämpfter Schall. Uterus nicht vergrößert, nicht druckempfindlich.

Diagnose: Salpingitis et Oophoritis tuberkulosa sinistra.

Therapie: Laparotomie am 6. VIII. 1894: Exstirpation der linken Adnexgeschwulst.

Nach Eröffnung des Peritoneums zeigten sich zahlreiche Adhäsionen mit dem Netz, dieselben wurden unterbunden und durchschnitten. Der Tumor war trotzdem noch wenig beweglich. Nach Einführung des Troikars entleert sich übelriechender Eiter. Der Tumor geht von der linken Tube aus. Derselbe wurde mit dem Paquelin abgetragen, und sein Stil mit Peritoneum übersäumt.

Verlauf: Am unteren Rande der Schnittwunde bildete sich eine kleine eiternde Fistel. Fieberlose Heilung. Pat. wird am 19. IX. 1894 geheilt entlassen.

Nachricht: 29. IX. 1910. Pat. ist vollständig gesund und arbeitsfähig.

Fall III.

Magdalene L. 33 Jahre. Seit 7 Jahren verheiratet.

Partus: V. Abort resp. Frühgeburt: 1 (im 3. Monat). I. Menses mit 14 Jahren, letzte vor 6 Tagen. Verlauf der Menses: unregelmäßig.

Beschwerden: Starke Schmerzen im Unterleib. Pat. soll auch Bauchwassersucht gehabt haben, die aber auf medikamentöse Behandlung zurückging.

Status am 12. VII. 1895: Mittelgroße, schwächliche Pat. Temp. normal. Pulsfrequenz —90. Herz und Lunge o. B. Abdomen: mäßig vorgewölbt, rechts mehr als links. In der Nähe des Nabels sind deutlich Tumoren zu tasten; über diesen tympanitischer Schall. Rechte Tube mit dem Ovarium verklebt. Linkes Ovarium hühnereigroß.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa chronica.

Therapie: Laparotomie am 19. VII. 1895: Exstirpation der linksseitigen Adnexgeschwulst.

Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich eine größere Menge kolloiden Ascites. Der dem linken Ovarium entsprechende Tumor, der allseitig adhärent war, wurde stumpf gelöst und abgetragen. Während der Lösung der Adhäsionen platzte dieser Tumor und entleerte ins kleine Becken einen dicken eiterigen Inhalt. Die Darmschlingen waren beträchtlich untereinander verwachsen und die Darmwand von zahlreichen kleinen bis stecknadelkopfgroßen Knötchen durchsetzt. Schluß der Bauchhöhle.

Anat. Diagnose: Peritonitis Tuberkulosa. Linksseitige Adnextuberkulose.

Verlauf: Allgemeinbefinden gut. Fieberlose Heilung. Pat. wird am 17. VIII. 1895 geheilt entlassen.

Nachricht: 25. VIII. 1910. Pat. ist am 15. VIII. 1899 an uns unbekannter Krankheit gestorben.

Fall IV.

Anna W. 34 Jahre. Mutter der Pat. an Lungenleiden gestorben. Seit 5 Jahren verheiratet.

Partus: III. Letzter vor einem Jahre. Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses mit 14 Jahren, letzte Anfangs Februar. Verlauf der Menses: bis Februar stets normal. Seit dieser Zeit blieb die Periode aus. Vor einem Jahre Lungenentzündung. Am 4. I. 1896 erkrankte Pat. an Bauchfellentzündung und Bauchwassersucht. Am 15. I. Punktion und Entleerung ca. 8 Liter Flüssigkeit. Nach der Punktion sind die Wassersuchtserscheinungen nicht mehr aufgetreten.

Beschwerden: Seit dem Ausbleiben der Menses besteht bräunlicher, übelriechender Ausfluß. Seit der letzten Erkrankung bemerkte Pat. eine Geschwulst im Abdomen. Erbrechen, Schmerzen in den Beinen. Wegen allgemeiner Schwäche ist Pat. bettlägerig.

Status am 17. VII. 1896: Schwächlich gebaute Pat. Herz o. B. Über der Lunge rechts hinten verkürzter Schall. Geringes Fieber. Im Abdomen ist eine Geschwulst zu fühlen, die zwei, drei Querfinger über den Nabel hinaufragt. Muttermund verdickt und aufgelockert. Uterus anteponiert, vergrößert. Aus dem Uterus dringen käseähnliche Massen hervor, die auch in der Vagina sich in größerer Menge befinden. Reichlicher schleimig-eitriger Ausfluß. Hinter dem Uterus links ein derber Knollen, rechts eine faustgroße Partie.

Diagnose: Tumor.

Therapie: Laparotomie am 29. VII. 1896. Nach Durchschneidung des Peritoneums zeigt sich ein gelbbräunlicher, an der Oberfläche glatter, mit glatten Prominenzen ver-

sehener Tumor, der nach allen Seiten gleichmäßig adhärent ist. Der Tumor erwies sich zusammengesetzt aus mindestens 3—4 cm dicken Schwarten, die sich in größerer Ausdehnung abtragen ließen. Endlich kam man auf eine kindskopfgroße prall elastische Prominenz, vielleicht durch eine stark geblähte Darmschlinge dargestellt. In den Buchten, die durch den Tumor zustande gekommen sind, wurde Jodoformgaze eingelegt. Schluß der Bauchhöhle.

Anat. Diagnose: Chronische rekurrierende fibröse Peritonitis.

Verlauf: Am 8. VIII. Verbandwechsel. Wunde klafft in der Mitte. Auf Druck von oben her Eiter. Über der rechten Lunge hinten unten handbreite Dämpfung; daselbst abgeschwächtes Atmen und pleuritisches Reiben. Am 20. VIII. reichliche Entleerung von Kot aus der Fistel. Atmung stark frequent. Ödeme der Unterschenkel. Äther- und Kampferinjektionen.

Exitus am 23. VIII. 1896.

Sektion am 24. VIII. Sektionsdiagnose: Tuberkulöse eitrige jauchige Peritonitis. Tuberkulose des Endometriums und der Tuben. Subakute Tuberkulose beider Lungen. Miliartuberkulose der rechten Niere. Allgemeine Sepsis.

Nebenbefund: Endometrium verdickt, mit käsigen Auflagerungen versehen. Beide Tuben sind in einen käsigen Strang verwandelt.

Fall V.

Marie K. 14 Jahre. Keine hereditäre Belastung. Menses noch nicht eingetreten. Seit einem Jahre lungenleidend.

Beschwerden: Seit einem Jahre Schmerzen im Unterleibe. Seit 6 Monaten Anschwellung des Leibes. Die Schmerzen haben in der letzten Zeit an Intensität zugenommen.

Status am 19. I. 1897: Schwächliche unterernährte Pat. Herz o. B. über der rechten Lunge allenthalben verschärftes Atmen, hinten in der Gegend der Scapula Exspirium mit

bronchialem Beiklang. Abendtemp.: 37,5. Puls 108. Abdomen aufgetrieben. Ascites nachweisbar. Per rectum fühlt man nach vorne zu eine Resistenz, die nach oben sich nicht abgrenzen läßt.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Therapie: Probepunktion am 24. I. 1897: Bei der Punktion entleeren sich etwa 20 cbcm. einer dünnen gelblichen Flüssigkeit, in der einige Gewebsbröckel schwimmen. Uterus liegt nach links, anteflektiert; an diesem verläuft nach links ein Strang, der der linken verdickten und leicht höckerigen Tube entspricht. Im Douglas glaubt man hirsekorn- bis erbsengroße Knötchen zu fühlen. Eine größere etwa pflaumengroße, höckerige Resistenz läßt sich rechts in der Höhe des Vaginalgewölbes konstatieren. Probelaparotomie am 30. I. 1897; Jodoformierung.

Anat. Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Verlauf: Die nach der Laparotomie entstandene kleine Eiterfistel heilte rasch aus. Subjektives Wohlbefinden. Pat. wird am 23. II. 1897 gebessert entlassen.

Am 2. IX. 1910 stellt sich Pat. in der Klinik vor. Es wird folgender Befund aufgenommen: Strahlige Narben zwischen Symphyse und Nabel. Uterus etwas nach rechts, leicht retroflektiert. Sonst o. B. Keine Beschwerden. Pat. kann ihrem Berufe als Kellnerin gut nachkommen.

Fall VI.

Josefine L. 28 Jahre. Tuberkulös nicht belastet. Seit 4 Jahren verheiratet.

Partus III. (Letzter vor einem Jahre.) Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses: mit 13 Jahren. Verlauf der Menses: stets regelmäßig.

Beschwerden: Schmerzen im Kreuz und im Unterleib links. Seit mehreren Monaten diffuse Diarrhoen, Nachtschweiße, Husten. In der letzten Zeit ist Pat. stark abgemagert. Seit langer Zeit lungenleidend.

Status: am 31. V. 1899: Große magere Patientin von schlechtem Ernährungszustand. Dämpfung über der linken Lungenspitze. Daselbst verschärftes In- und Exspirium. Herz o. B. Temperatursteigerungen bis über 38°, Puls 96. Abdomen etwas vorgewölbt, nicht druckempfindlich. Links ist eine strangförmige, mäßig harte Resistenz zu tasten. Uterus anteflektiert, nicht vergrößert. Adnexe beiderseits vergrößert, verdickt, links druckempfindlich.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Adnextuberkulose.

Therapie: Laparotomie am 7. VI. 1899. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich das Peritoneum stark verdickt, an einer Stelle mit den Darmschlingen breit adhärent; Beckenperitoneum mit Tuberkelknötchen bedeckt. Eine ziemlich beträchtliche Quantität Flüssigkeit im Douglas. Rechte Adnexe hühnereigroß, linke ebenfalls verdickt, aber kleiner.

Anat. Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Verlauf: Glatte Heilung. Patientin wird am 27. VI. 1899 gebessert entlassen.

Nachricht: 2. IX. 1910: Pat. klagt nur über zu starke Periode. Sonst keine Beschwerden; kann „die schwersten Arbeiten verrichten".

Fall VII.

Franziska M. 24 Jahre. Keine tuberkulöse Belastung. Witwe seit einem Jahre.

Partus III. (Letzter vor einem Jahre.) Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses: mit 14 Jahren. Verlauf der Menses: normal.

Beschwerden: seit 5 Monaten Schmerzen im Leibe und rasche Ausdehnung desselben. Während der letzten Zeit starke Abmagerung. Atembeschwerden.

Status am 3. VI. 1900: Mittelgroße Patientin von mäßigem Ernährungszustand. Über beiden Lungenspitzen rauhes, schnurrendes In- und Exspirium. Herz o. B. Temperaturschwankungen bis 38.2. Puls 90. Harnzucker- und

eiweißhaltig. Leichte Ödeme der unteren Extremitäten. Starker Ascites. Durch die äußere Untersuchung findet man an einigen Stellen, links vom Nabel und rechts über dem Ligamentum Pouparti, undeutliche Resistenzen. Uterus anteflektiert, etwas nach rechts verschoben. Hinter demselben eine mannsfaustgroße undeutlich fluktuierende Geschwulst, die nach links in eine diffuse Resistenz übergeht.

Diagnose: Tumor? Salpingitis et Oophoritis tuberkulosa? Vielleicht Ovarialcystom?

Therapie: Laparotomie am 30. VI. 1900. Nach Durchschneidung des sehr dicken Peritoneums zeigten sich sofort zarte, dünne Septen durch die Bauchhöhle gespannt und eine sehr große Menge Ascites. Die Tuben und Ovarien bildeten beiderseits Tumoren, die allseitig mit der Umgebung fest verwachsen waren. Vom Peritoneum, an dessen Innenfläche eine Reihe von wenig prominenten Knötchen zu erkennen war, wurden Stücke abgetragen und daraufhin die Bauchwunde geschlossen.

Anat.: Diagnose: Peritonitis tuberkulosa; Adnex- und Darmtuberkulose.

Verlauf: Am Tage der Entlassung war folgender Befund zu konstatieren:

Wunde per primam geheilt. Acites wieder in ziemlich beträchtlicher Menge. Es bestehen noch immer geringe Temperatursteigerungen. Das Aussehen der Pat. ist ein leidliches. Pat. wird am 8. VII. 1900 in leicht gebessertem Zustande entlassen.

Nachricht: 27. IX. 1910: Pat. ist am 18. IV. 1901 an ihrem chronischen Leiden gestorben.

Fall VIII.

Josefa B. 36 Jahre. Vater der Pat. starb an einer Lungenkrankheit; von 9 Geschwistern starben 3 an Lungenschwindsucht. Pat. selbst überstand zweimal Lungenentzündung. Seit 7 Jahren verheiratet.

Partus: VI. (Letzter vor 3 Jahren, Forceps, totes Kind.) Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses: mit 18 Jahren letzte vor 8 Tagen. Verlauf der Menses: seit einem Jahre treten die Menses in 2—3 wöchentlichen Pausen auf und dauern länger wie sonst, keine Schmerzen.

Beschwerden: Vor 8 Tagen traten Schmerzen im Unterleib beim Stuhlgang auf, Unmöglichkeit den Urin zu entleeren, bei größerer Ansammlung in der Blase. Appetitlosigkeit.

Status: am 24. III. 1902: Mittelgroße, etwas anämische Patientin. Herz und Lunge o. B. Temp. und Puls normal. Abdomen leicht aufgetrieben, links unten etwas druckempfindlich. Uterus klein, anteflektiert, nach links verlagert. Hinter dem Uterus ein glattwandiger, mit der Umgebung fest verwachsener, kindskopfgroßer, prall elastischer Tumor. Ein zweiter taubeneigroßer, druckempfindlicher Tumor ist im linken Parametrium zu tasten. Die Blase ist durch den Tumor plattgedrückt und nach oben gezogen.

Diagnose: Rechtsseitiger, wahrscheinlich intraligamentärer cystischer Ovarialtumor. (Parovarialtumor?)

Therapie: Laparotomie am 26. III. 1902: Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich das Peritoneum parietale und viscerale mit zahllosen hirsekorn- bis hanfkorngroßen Knötchen bedeckt. Der Haupttumor geht von der rechten Adnexe aus, deutlich fluktuierend. Von der linken Adnexe geht ein analoger, hühnereigroßer Tumor aus.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, Adnextuberkulose.

Verlauf: Glatte, vollständig fieberlose Heilung. Der vorher diagnostizierte Tumor ist bedeutend reduziert, sehr weich, orangengroß. Pat. wird am 19. IV. 1902 geheilt entlassen.

Nachricht: 29. IX. 1910: Pat. ist vollständig gesund und arbeitsfähig.

Fall IX.

Katharina F. 39 Jahre. Seit 16 Jahren verheiratet. Partus: IX. Abort resp. Frühgeburt: 1 (im 7. Monat im Oktober 1901). Während der letzten Schwangerschaft mehrmals Blutung. I. Menses: mit 16 Jahren, letzte vor drei Wochen. Verlauf der Menses: stets regelmäßig.

Beschwerden: Seit 4 Wochen Größerwerden des Leibes, jedoch keine Schmerzen. Etwas erschwertes Atmen. Appetit gering.

Status: am 12. VIII. 1902: Mittelkräftiger Körperbau. Dämpfung über der rechten Lungenspitze, daselbst bronchiales Exspirium. Höchste Temperatur: 37,2, Pulsfrequenz 90. Abdomen stark vorgewölbt; ausgesprochener Ascites. Uterus anteflektiert, leicht vergrößert. Im Douglas sind kleine höckerige Massen zu fühlen. Adnexe nicht zu tasten.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Therapie: Laparotomie am 19. VIII. 1902. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich einige Liter Ascitesflüssigkeit. Das ganze Peritoneum und die Darmwandungen sind stark verdickt. Uterus und Adnexae mit zahllosen kleinen tuberkulösen Knötchen übersät.

Anatomische Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Verlauf: Fieberlose, glatte Heilung. Pat. wird am 8. IX. 1902 geheilt entlassen.

Nachricht: 10. IX. 1910. Der Mann der Patientin teilt uns folgendes mit: Pat. war mehr als ein Jahr nach der Operation „völlig gesund und konnte jede Arbeit verrichten". Dann erkrankte sie an „Lungenschwindsucht und starb an derselben" am 19. VII. 1904.

Fall X.

Emma B. 21 Jahre. Ledig. Stammt aus phtisischer Familie. Mit 4 Jahren Lungenentzündung; seit 3 Jahren bleichsüchtig; vor 8 Monaten Magen- und Darmkatarrh. Vor 5 Monaten Bauchfellentzündung.

Partus: 0. Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses: mit 14 Jahren, letzte vor 6 Monaten. Verlauf der Menses: Amenorrhoe zwischen dem 16. und 18. Lebensjahre. Sonst regelmäßig.

Beschwerden: Seit der Bauchfellentzündung Anschwellung des Unterleibes. Kreuz- und Leibschmerzen. Während der letzten Zeit heftige Diarrhoen.

Status am 5. VI. 1903: Schwächliche gracil gebaute Pat. von hektischem Habitus. Positiver Lungenbefund. Herz o. B. Temp. 38,5, Puls 110. Abdomen stark ausgedehnt, in demselben fühlt man eine Reihe Resistenzen. Uterus anteponiert, abgrenzbar. Zwei faustgroße höckerige, mäßig schmerzhafte Tumoren im Douglas. Adnexe nicht abzutasten.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa chronica.

Therapie: Laparotomie am 10. VI. 1903. Nach Bloßlegung des Peritoneums zeigt sich dasselbe stark verdickt, hyperämisch. Nach Durchtrennung des Peritoneums wurde eine mit jauchiger Eitermasse gefüllte und stinkende Gase enthaltende Flüssigkeit aus einem dicken Sack entleert. Hinter dem Uterus wurde ein ebensolches Eiterdepot eröffnet. Jodoformierung, Schluß der Bauchhöhle.

Anat. Diagnose: Peritonitis tuberkulosa, ausgehend von den Adnexen.

Verlauf: 19. VI. 1903: Allgemeinbefinden schlecht. Aussehen zerfallen, Puls 124; die Fäden an der Wundöffnung haben nachgegeben; Wundränder exulceriert, mißfarbig, klaffend ca. 2—3 cm weit. Es entleert sich in geringer Ausdehnung der Wände Stuhl und Eiter.

Exitus am 22. VI. 1903.

Sektion am 23. VI.

Sektionsdiagnose: Tuberkulöse Endometritis und Salpingitis, diffuse Pelveoperitonitis und diffuse adhäsive Peritonitis.

Nebenbefund: Der Douglas'sche Raum, Ovarien und Uterus von käsigen Massen erfüllt. Zahlreiche käsige Herde in der Lunge, Leber und Milz. Tuberkulös verkäste bronchiale und retroperitoneale Lymphdrüsen.

Fall XI.

Katharina K. 33 Jahre. Tuberkulös nicht belastet. Seit 8 Jahren verheiratet.

Partus: VII. (Letzter vor drei Monaten.) Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses mit 13 Jahren, letzte vor einem Jahre. Verlauf der Menses: stets regelmäßig.

Beschwerden: Größerwerden des Leibes seit der letzten Geburt. Schmerzen im Unterleib.

Status am 16. XII. 1905: Gracil gebaute Pat. von herabgesetztem Ernährungszustand. Herz und Lunge o. B. Temp. und Puls: normal. Abdomen durch Ascites ausgedehnt. Uterus anteponiert, beweglich, hinter demselben ein kugeliger, höckeriger, nach hinten und rechts etwas schmerzhafter Tumor.

Diagnose: Große dünnwandige Cyste des linken Ovariums. Ascites.

Therapie: Laparotomie am 20. XII. 1905. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleeren sich ca. 7 Liter Ascites. Die Darmschlingen, von denen eine besonders fest mit der Bauchwand verwachsen ist, sind mit zahllosen gelblichen, über hirsekorngroßen, tuberkulösen Knötchen besetzt. Uterus anteponiert, an der hinteren Wand mit sehr vielen Knötchen übersät. Ovarien und Tuben waren zu isolieren. Hinter dem Uterus, an der hinteren Beckenwand, eine flache höckerige Erhabenheit, jedoch kein umschriebener Tumor. Schluß der Bauchhöhle.

Anat. Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Verlauf: Rasche fieberlose Heilung. Pat. wird am 8. I. 1906 geheilt entlassen.

Nachricht: 22. IX. 1910: Vollkommenes Wohlbefinden. Keinerlei Beschwerden im Unterleib. Periode regelmäßig, ganz schwach, ohne Schmerzen. Arbeitsfähig.

Fall XII.

Therese F. 20 Jahre. Keine hereditäre Belastung; ledig. Kein Partus, kein Abort. I. Menses mit 15 Jahren, letzte vor 2 Wochen. Verlauf der Menses: seit 7 Monaten treten sie alle 3 Wochen auf, halten 8 Tage an, stark, schmerzlos.

Beschwerden: Abdomen seit 8 Monaten aufgetrieben. Menorrhagien. Keine Schmerzen. Pat. kann keine schwere Arbeit verrichten.

Status am 11. III. 1908: Schwächliche Konstitution. Über der linken Lungenspitze und nach abwärts bis zum angulus scapulae feuchte, kleinblasige Rasselgeräusche. Temp.: 37,2—37,5. Puls 80. Abdomen mäßig aufgetrieben, geringer Ascites. Corpus uteri hühnereigroß, derb anteflektiert, wenig beweglich. Links neben dem Uterus ist ein kindsfaustgroßer, weicher Tumor zu fühlen; rechts ein etwas kleinerer Tumor von derselben Beschaffenheit wie links.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa; Salpingitis tuberkulosa duplex.

Therapie: Laparotomie am 14. III. 1908 (Lumbalanästhesie). Nach Eröffnung des Abdomens gelingt nicht, in die freie Bauchhöhle einzugehen, da die Därme mit dem Peritoneum allseitig verwachsen sind. Es wird daher die Bauchhöhle gleich geschlossen.

Anat. Diagnose: Peritonitis tuberkulosa adhäsiva. Salpingitis tuberkulosa duplex.

Verlauf: 17. III. Temp. 38,7, starker Katheterismus, Kopfschmerzen. 20. III. Hämoptoe. 27. III. Keine Hämoptoe. Der Zustand hat sich aber nicht wesentlich gebessert. Temp. 38. Pat. wird auf eigenen Wunsch entlassen.

Amtliche Mitteilung: 16. IX. 1910: Pat. ist am I. IV. 1908 an allgemeiner Tuberkulose gestorben.

Fall XIII.

Pauline S. 30 Jahre. Keine hereditäre Belastung. Seit 7 Jahren verheiratet.

Partus: I. (Kind lebt.) Abort resp. Frühgeburt: 1 (im 5. Monat). I. Menses mit 15 Jahren. Verlauf der Menses: regelmäßig.

Beschwerden: Heftige Schmerzen im Rücken; ziehende Schmerzen vom Kreuz und Magen gegen die Symphyse hin. Starke Kopfschmerzen. Pat. ist wegen der vielen Schmerzen bettlägerig.

Status am 18. VIII. 1908: Mittelgroße, magere Frau. Herz und Lunge o. B. Temp. und Puls normal. Bauchdecken schlaff. Uterus retroflektiert, unbeweglich, zu beiden Seiten desselben, mit ihm in Zusammenhang stehend, ein hühnereigroßer Tumor.

Diagnose: Pyosalpinx duplex tuberkulosa.

Therapie: Laparotomie am 20. VIII. 1908. Radikaloperation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigen sich neben und hinter dem Uterus faustgroße Pyosalpinxsäcke, die mit dem Netz, Darm und Peritoneum verwachsen sind. Der peritoneale Überzug der Tuben und teilweise auch das Netz sind mit feinsten Knötchen bedeckt. Nach Lösung der Verwachsungen wird der Uterus mitsamt den Adnexen exstirpirt. Drainage mit Jodoformgaze. Schluß der Bauchhöhle.

Mikroskopischer Befund: Die mikroskopische Untersuchung ergibt Tubentuberkulose.

Verlauf: Fieberlose Heilung. Pat. wird am 9. IX. 1908 geheilt entlassen.

Nachricht: 25. VIII. 1910: Pat. ist gesund und arbeitsfähig.

Fall XIV.

Anna R. 24 Jahre. Keine hereditäre Belastung. Seit 8 Monaten verheiratet. I. Menses mit 13 Jahren. Verlauf der Menses bis zur Verheiratung stets regelmäßig.

Partus: 0. Abort resp. Frühgeburt: 0.

Beschwerden: Seit der Verheiratung klagt Pat. über zu lange anhaltende Menstruation, letztere dauert 14 Tage, ist ziemlich stark und tritt in dreiwöchentlichen Pausen auf. Heftige Kreuz- und Leibschmerzen. Häufig Obstipation. Schmerzen beim Wasserlassen.

Status am 6. X. 1908: Mäßig kräftige Konstitution. Herz und Lunge o. B. Gelblich-weißer Ausfluß aus dem Muttermund. Uterus corpus hühnereigroß. Tuben und Ovarien sehr empfindlich, verdickt, wenig beweglich

Diagnose: Cervicitis, Endometritis und Salpingitis.

Therapie: Expectative Behandlung. Pat. wird am 18. X. 1909 in unverbessertem Zustande auf eigenen Wunsch entlassen.

Am 1. II. 1909 wird Pat. wieder zur Behandlung aufgenommen. Seit der ersten Anstaltsbehandlung hat sich die Erkrankung der Pat. wesentlich verschlimmert. Die innere Untersuchung ergibt jetzt folgenden Befund: Uterus stark hühnereigroß; rechts und links von demselben finden sich stark kinderfaustgroße unbewegliche Geschwülste. Die Erwerbsfähigkeit der Pat. ist vollständig aufgehoben.

Diagnose: Adnextumoren; Pyosalpinx duplex.

Therapie: Laparotomie am 8. II. 1909. Radikaloperation. Doppelseitige mannsfaustgroße Pyosalpinxsäcke, die mit der Umgebung intensiv verwachsen sind. Auf der Oberfläche der Tuben zahlreiche hirsekorngroße Knötchen. Totalexstirpation. Ausspülung der Bauchhöhle. Schluß derselben.

Anat. Diagnose: Pyosalpinx duplex tuberkulosa.

Verlauf: Glatte, fieberlose Heilung. Pat. wird am 27. II. 1909 geheilt entlassen.

Nach 14 Monaten stellt sich Pat. zur Nachuntersuchung in der Klinik vor. Pat. klagt jetzt über Kreuz- und Kopfschmerzen, Herzklopfen, allgemeine Mattigkeit, Zittern, kalte Füße, Stuhlverstopfung und Ausfluß aus der Scheide; sie fühlt sich zu jeder körperlichen Anstrengung unfähig,

kann nur leichte Hausarbeit verrichten. Sie gibt ferner an, daß sie täglich 2 bis 3mal das Gefühl von Blutandrang gegen den Kopf habe, wobei es ihr heiß aufsteige, darauf tritt starkes Schwitzen ein. Bei der objektiven Untersuchung des Körpers finden sich keinerlei Organerkrankungen. Das Körpergewicht hat gegenüber dem bei dem ersten Aufenthalte der Pat. in der Klinik um 6 kg zugenommen. Es handelt sich somit um keine organische Erkrankung; die Störungen, über welche Pat. klagt, sind als Ausfallserscheinungen aufzufassen.

Nachricht: 29. VIII. 1910: Allgemeinbefinden wesentlich gebessert. Pat. kann „leichtere Arbeiten ohne Anstand verrichten". Dagegen befällt sie heftiges Zittern, Blutandrang zum Kopfe, Schmerzen in den Beinen beim Versuche schwere Arbeit zu leisten. Es scheint somit, daß Pat. auch jetzt noch nicht völlig frei von ihren Ausfallserscheinungen sei.

Fall XV.

Anna T. 24 Jahre. Keine tuberkulöse Belastung. Ledig.

Partus: 0. Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses mit 17 Jahren. Letzte vor 4 Wochen. Verlauf der Menses: stets normal.

Beschwerden: Seit 6 Monaten Schmerzen im Unterleibe Seither bemerkte Pat., daß der Leib größer und schwerer wurde. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang, meist Verstopfung. Etwas Husten.

Status am 28. IV. 1909: Schwächliche Konstitution. Rechte Lungenspitze suspekt. Temp.: 37,2—37,4. Puls 80. Abdomen aufgetrieben, Ascites nachweisbar. Uterus anteflektiert, beweglich, nirgends druckempfindlich. Tuben beiderseits gleichstark verdickt und vergrößert. Ovarien nicht zu tasten.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Therapie: Laparotomie am 7. V. 1909. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fließt ca. 3 Liter Ascites ab. Die Därme sind in ein großes Convolut verbacken, und die Genitalorgane gleichfalls in einen einzigen vom Becken nicht ablösbaren Tumor umwandelt Ausspülung des Abdomens mit 5 Liter Kochsalzlösung; Schluß desselben.

Anat. Diagnose: Peritonitis tuberkulosa; Genitaltuberkulose.

Verlauf: Pat. erholt sich rasch. Normale fieberlose Heilung. Pat. wird am 20. V. 1909 geheilt entlassen.

Nachricht: 29. VIII. 1910: Bald nach der Entlassung aus der Klinik erkrankte Pat. wieder an ihrem früheren Leiden; ob sich noch dazu ein Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses in der Lunge hinzugesellt hat, blieb uns unbekannt. Sie starb im November 1909, d. h. 6 Monate nach der Operation.

Die tuberkulösen Unterleibserkrankungen verteilen sich nach der Art der Lokalisation in den 20 operativ behandelten Fällen folgendermaßen:

Eine vorwiegende Affektion des Peritoneums wurde in 7 Fällen konstatiert.

Die Genitalien allein waren in 4 Fällen affiziert.

Eine gleichzeitige Affektion des Peritoneums und der Genitalorgane wurde in 8 Fällen beobachtet. In Fall I bestand eine gleichzeitige Erkrankung des Darmes und des Peritoneums und in Fall VII waren gleichzeitig Darm, Peritoneum und Genitalien erkrankt.

Es war somit das Peritoneum in 17 und die Genitalorgane in 13 Fällen von der tuberkulösen Affektion ergriffen.

Die durch die Operation erzielten Resultate gestalten sich folgendermaßen:

Von den 15 hier ausführlich besprochenen operierten Fällen sind 6 Pat. wieder so hergestellt worden, daß sie

jetzt die schwersten Arbeiten leisten können. Beobachtungszeit ist folgende: eine Pat. ist bis jetzt 16 Jahre, eine $13^1/_2$, eine 11, eine $8^1/_2$, eine 5 und eine 2 Jahre gesund geblieben. Eine Pat. (Fall XIV), bei der vor $2^1/_2$ Jahren die Totalexstirpation vorgenommen wurde, ist nach der objektiven Untersuchung ebenfalls als ganz geheilt zu betrachten; nur ist sie bis jetzt noch nicht völlig frei von ihren Ausfallserscheinungen, die sich bald nach der Operation einstellten; doch ist zu hoffen, daß in einiger Zeit unsere Pat. ganz beschwerdenfrei sein wird, da diese Ausfallserscheinungen eine ausgesprochene Rückgangstendenz zeigen. Hat sich doch schon zurzeit ihr Zustand soweit gebessert, daß sie jede leichte Arbeit ohne Anstand verrichten kann. Dieser Fall mahnt uns daran, daß wir „bei jugendlichen Individuen unter 30 Jahren, wenn möglich, wenigstens ein Ovarium zurücklassen sollen". (Baisch.)

Eine Frau (Fall III) starb erst 4 Jahre p. operationem aus uns unbekannter Ursache. Da die meisten Autoren und sogar jene, die sich skeptisch gegenüber der operativen Behandlung verhalten (Wunderlich, Borchgrevink), sich mit einer Beobachtungszeit von 3 Jahren und noch weniger begnügen, so halte ich es deshalb für berechtigt, diesen Fall in die Kategorie der Geheilten einzutragen.

Dagegen können wir die Pat. in Fall I trotzdem, daß sie nach der Operation noch 6 Jahre am Leben blieb, nicht als durch den Bauchschnitt geheilt betrachten, denn wie uns bekannt ist, recidivierte bei ihr das Leiden schon nach einigen Monaten Wohlbefindens nach der Operation. Den Umstand, daß Pat. noch volle 6 Jahre lebte, möchte ich in erster Linie damit erklären, daß ihr Organismus sehr widerstandsfähig war; wie aus der Anamnese hervorgeht, war die Patientin im Beginn der Erkrankung von kräftiger Konstitution; auch die Lunge erwies sich, bei der objektiven Untersuchung, als vollständig gesund. Es kommt noch dazu jenes Moment, daß durch die Laparotomie im Peri-

toneum ein kräftiger Impuls zum Weiterkämpfen gegeben wurde. Es wird in der Literatur hervorgehoben, daß in den Fällen, wo nach der Laparotomie der Ascites recidivierte, letzterer durch eine oder mehrere Punktionen zu dauerndem Verschwinden gebracht werden kann. Vielleicht haben auch in diesem Falle die häufigen Punktionen zum Erhalten des Lebens der Patientin das Ihrige beigetragen. Anders wäre es auch nicht zu erklären, warum die Pat. mit einer so schweren Affektion des Peritoneums sich solange am Leben erhielt.

Eine Pat. (Fall IX) wurde durch die Operation so hergestellt, daß sie länger als ein Jahr vollständig gesund war und die schwerste Arbeit verrichten konnte. Später erkrankte sie an Lungentuberkulose und erlag dieser Krankheit am Ende des zweiten Jahres nach der Operation. Es ist somit auch in diesem Falle ein ausgesprochener Erfolg durch die Operation zu verzeichnen, indem die Unterleibserkrankung sich nicht mehr einstellte. Die Affektion der Lunge war schon während des Klinikaufenthaltes der Pat. eine sehr ernste und man mußte auf einen ungünstigen Ausgang dieses Leidens gefaßt sein.

Von den übrigen 5 Pat. starben drei im Anschluß an die Operation, oder vielleicht trotz der Operation, denn wie die Sektion in zwei Fällen ergeben hat, war der tuberkulöse Prozeß im Becken so ausgedehnt und die Lungen so stark ergriffen, daß man nach den bisherigen Erfahrungen behaupten kann, der rasche tödliche Ausgang wäre auch ohne einen chirurgischen Eingriff unvermeidlich.

Zwei Frauen (Fall VII und XV), bei denen, wie sich bei der Laparotomie erwies, ein weitgehendes Ergriffensein der Unterleibsorgane zu konstatieren war, starben ebenfalls an ihrem chronischen Leiden — eine 9 Monate und eine 6 Monate p. operationem. Ob die in der Klinik diagnostizierte Lungenaffektion zum Tode dieser Pat. beigetragen hat, blieb uns unbekannt.

Es wurde demnach in 7 Fällen durch die Operation eine vollständige Genesung der Pat. herbeigeführt, und in 2 Fällen (III und IX) ist ebenfalls der Erfolg der operativen Behandlung nicht zu verkennen.

Wollen wir nun zur besseren Übersicht und zur leichteren Beurteilung die 15 Fälle auf die einzelnen Formen der tuberkulösen Unterleibserkrankungen verteilen, so ergeben sich folgende Resultate der Behandlung:

Zur ascitischen Form der Peritonealtuberkulose gehören 5 Fälle (I, III, VI, IX und XI):

Von diesen sind 3 gestorben (eine nach 4 Jahren an unbekannter Krankheit, eine nach 2 Jahren an Lungentuberkulose), 2 leben.

Zur adhäsiven Form der Peritonealtuberkulose gehören 6 Fälle (IV, V, VII, VIII, XII, XV): 4 gestorben, 2 leben.

1 Fall von ulcerös eitriger Peritonitis (Fall X): gestorben im Anschluß an die Operation.

3 Pat. mit isolierter Adnextuberkulose: alle 3 blieben gesund. (Therapie: Radikaloperation.)

Die besten Resultate gab die operative Behandlung der reinen Genitalerkrankungen, indem in allen drei Fällen (II, XIII, XIV) dank der radikalen Entfernung der erkrankten Teile eine Dauerheilung erzielt wurde.

Es bestätigt sich damit der von vielen Gynäkologen aufgestellte Satz, dass man bei Tuberkulose der Genitalien möglichst radikal operieren soll (Hegar, Döderlein, Sellheim, Veit u. a.); nur dann kann man auf einen Erfolg rechnen; denn sowohl die Tubentuberkulose und noch mehr die Uterustuberkulose, wie dies von vielen Autoren hervorgehoben wird, zeigen nur eine sehr geringe Tendenz zur Spontanheilung.

Auf Grund der in unseren Fällen gemachten Beobachtungen darf man behaupten, daß leichtere Erkrankungen der Lunge, auch solche mit geringem Fieber, keine Kontraindikation der Laparotomie darstellen. Dagegen hat

man viel weniger Aussichten auf einen Dauererfolg der operativen Therapie in jenen Fällen, wo der krankhafte Prozeß in den Lungen weit fortgeschritten ist, wo die Pat. hoch fiebern, oder wo die Tuberkulose andere lebenswichtige Organe (Darm) in großer Ausbreitung ergriffen hat.

Im allgemeinen haben wir das Recht, auf Grund der in unseren Fällen erreichten Resultate die chirurgische Behandlung als befriedigend zu bezeichnen.

In einigen unserer Fälle ist der Operation eine erfolglose Punktion vorausgegangen; ich sage „erfolglose" deshalb, weil in allen diesen Fällen sich gewöhnlich nach einigen Tagen der Ascites bis zur anfänglichen Höhe angesammelt hat. Es ist somit durch die Punktion keine Hilfe geschaffen worden; man kann vielmehr sehr oft Schaden herbeiführen, da Verwachsungen bei der Peritonitistuberkulose und besonders bei einem abgekapselten Exsudat fast niemals fehlen und da bei der Punktion im dunklen gearbeitet wird.

Es folgt daraus, daß man die Punktion nicht als ein Heilmittel ansehen kann, welches imstande wäre, eine Dauerheilung herbeizubringen. Höchstens soll man die Punktion als Palliativmittel nur in jenen Fällen anwenden, wo weder die konservative noch die chirurgische Therapie helfen kann, um den Kranken wenigstens eine momentane Erleichterung zu gewähren.

Konservativ behandelte Fälle.

Ich veröffentliche im folgenden noch die Krankengeschichte von vier konservativ behandelten Frauen und berichte zugleich über die in diesen Fällen durch die Behandlung erzielten Resultate.

Fall I.

Marie B. 39 Jahre. Keine hereditäre Belastung. Seit 19 Jahren verheiratet.

Partus: XIV. (Letzter vor 8 Monaten.) Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses: mit 14 Jahren. Verlauf der Menses: stets regelmäßig; nur besteht seit der letzten Entbindung schleimig eitriger Ausfluß.

Beschwerden: Drei Wochen nach der letzten Entbindung, nach normalem Verlauf des Wochenbettes, erkrankte Patientin an Pneunomie und Pleuritis und war 5 Wochen bettlägerig. Bald darauf stellte sich eine kolossale Ausdehnung des Leibes ein, verbunden mit Schmerzen. Nachdem der Leib etwas kleiner geworden ist, bemerkte Patientin eine Geschwulst in demselben. Seit 7 Monaten beständiges Fieber, starke Abmagerung.

Status am 25. IV. 1891: Mittelgroße magere Patientin. Fast überall über den Lungen bronchiales Atmen. Herz o. B. Zurzeit Fieber bis 39, Puls 90. Abdomen aufgetrieben, freie Flüssigkeit in demselben nachweisbar. Beim In- und Exspirium sieht man im Abdomen eine Geschwulst hervortreten; dieselbe ist beweglich, fluktuierend, von weicher Konsistenz und nur an einzelnen Stellen derb. Es macht den Eindruck, als ob sich im Tumor Gas entwickelt habe und als ob die Wände desselben von Därmen gebildet seien. Uterus klein, anteflektiert; hinter demselben, nach unten und links ziehend, eine derbe, schmerzhafte Resistenz, die von den Tuben und Ovarien herrührt.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa chronica, Adnextuberkulose.

Therapie: Expectative Behandlung (Tinctura jodi ad Abdomen. Antifebrin).

Verlauf: Während des klinischen Aufenthaltes änderte sich der Zustand der Pat. gar nicht. Während der ganzen Zeit bestand ziemlich hohes continuierliches und remittierendes Fieber. Patientin wird auf eigenen Wunsch am 28. V. 1891 in ungebessertem Zustande entlassen.

Nachricht: Patientin ist i. J. 1893 in ihrer Wohnung an ihrem chronischen Leiden gestorben.

Fall II.

Katharina F. 43 J. Tuberkulös nicht belastet. Seit 22 Jahren verheiratet.

Partus: IX. (Letzter vor 12 Jahren.) Abort resp. Frühgeburt: 0. I. Menses: mit 17 Jahren. Verlauf der Menses: seit 2 Jahren Schmerzen im Unterleib während der Periode, sonst stets normal.

Beschwerden: Seit Dezember 1889 Schmerzen im Unterleib und leichte Anschwellung desselben. Vor 4 Monaten, angeblich nach einer Erkältung, ist eine starke Anschwellung des Abdomens mit heftigen Bauch- und Kreuzschmerzen aufgetreten. Die Schmerzhaftigkeit dauerte 5 Wochen. Seither leichte Besserung. Die Ausdehnung des Abdomens ist geringer geworden. Pat. leidet an Stuhlverstopfung.

Status am 12. V. 1891: Große Patientin von ziemlich gutem Ernährungszustand. Herz und Lunge ohne Befund. Temperatur 37,5, Puls 68. Abdomen ein wenig nach links ausgedehnt; in demselben ist eine Geschwulst zu fühlen, die extramedian liegt, die Bauchdecken darüber wenig verschieblich. Die Oberfläche des Tumors ist rauh. Seine Gestalt wird schon unter leichtem Druck beträchtlich verändert. Beim Eindrücken des Tumors sieht man peristaltische Bewegungen des Darmes; der Inhalt desselben sind also Darmschlingen.

Diagnose: Darmtuberkulose. Adnextuberkulose.

Therapie: Expectative Behandlung; Pat. wird am 31. V. 1891 in gebessertem Zustande entlassen.

Nachricht: 25. VIII. 1910. Pat. blieb bis jetzt vollständig gesund.

Fall III.

Ursula S. 56 J. Seit 23 Jahren verheiratet.

Partus: VII. (Letzter vor 27 Jahren.) Abort resp. Frühgeburt: I. (Vor 31 Jahren.) I. Menses: mit 13 Jahren,

letzte Menses vor 4 Jahren. Verlauf der Menses: bis zur Menopause stets normal.

Beschwerden: Starke Auftreibung des Leibes seit 4 Monaten; daselbst Schmerzen. Starke Schmerzen bei der Kohabitation. Seit 4 Wochen Kreuz- und Kopfschmerzen. Häufig Obstipation.

Status am 3. X. 1907: Zartgebaute Patientin von mäßigem Ernährungszustand. Lunge und Herz o. B. Abdomen vorgetrieben, in demselben fühlt man eine beiderseits fast bis zum Rippenbogen reichende, prall elastische, stark fluktuierende Resistenz, die rechts etwas druckempfindlich ist. Ascites vorhanden. Uterus corpus: nicht deutlich zu tasten; bei rectaler Untersuchung erscheint dasselbe retrovertiert. Rechte sowie die linke Adnexae nicht deutlich zu fühlen. Am 4. X. ergibt die Perkussion des Abdomens überall tympanitischen Schall, nur in den abhängigen Partien besteht eine Dämpfung in etwa zwei Fingerbreite.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa.

Therapie: Expectative Behandlung.

Verlauf: Beschwerden nicht nachgelassen. Pat. hustet viel. Abendtemperatur: über 38°. Bei fast normalen Morgentemperaturen. Puls 108. Pat. wird am 10. X. 1907 auf die innere Klinik verlegt.

Amtliche Mitteilung: 30. IX. 1910: Pat. ist bis jetzt gesund und arbeitsfähig.

Fall IV.

Josefa W. 14 Jahre. Tuberkulös belastet. Menses noch nicht eingetreten. Als Kind machte Pat. Masern durch; seither Nachtschweiße.

Beschwerden: Seit $1\,^1/_2$ Jahren Anschwellung des Abdomens. Seit einigen Monaten Unterleibsschmerzen.

Status am 5. VII. 1909: Schwächliche Konstitution. Dämpfung über der rechten Lungenspitze. Abdomen auf-

getrieben. Seit 8 Tagen besteht eine granulierende Öffnung im Nabel, aus der sich Eiter in ziemlicher Menge entleert. Kein Ascites. Uterus klein, etwas nach rechts verlagert. Linke Adnexae ist in einen überfaustgroßen, harten nicht sehr empfindlichen Tumor, der das hintere Scheidengewölbe vorwölbt und mit dem Uterus in Zusammenhang steht, umgewandelt.

Diagnose: Peritonitis tuberkulosa. Tuberkulosis adnex. chronica sicca.

Therapie: Expectative Behandlung. Die Fistel wird mit Argentum nitricum geätzt.

Verlauf: Pat. hat ca. 2 kg an Gewicht zugenommen, wird am 25. VII. 1909 in gebessertem Zustande entlassen.

Nachricht: 28. VIII. 1910: Die Eiterung besteht noch immer in derselben Stärke wie vor einem Jahre. An Gewicht hat Patientin zugenommen; kann nur leichte Handarbeiten verrichten.

Bei dieser geringen Zahl der intern behandelten Fälle läßt sich wohl ein Schluß über die konservative Behandlung nicht gewinnen. Ich möchte deshalb auch irgendwelche allgemeine Regeln auf Grund dieser 4 Fälle nicht aufstellen, sondern nur jene Tatsachen hervorheben, die, wie mir scheint, von besonderer Wichtigkeit sind.

Im Fall II und III blieben beide Frauen bis jetzt gesund. Beobachtungszeit $19\,^1/_2$ und 3 Jahre. Der in diesen zwei Fällen durch die konservative Behandlung erzielte Dauererfolg lehrt uns und mahnt uns daran, daß wir in Fällen, wo die tuberkulöse Affektion schon vorher eine ausgesprochene Neigung zur Spontanheilung zeigt, bei der internen Therapie bleiben und uns eines chirurgischen Einschreitens enthalten sollen. Dagegen ist in Fall IV kein nennenswerter Erfolg der expectativen Therapie zu verzeichnen. Die Eiterung besteht noch immer in derselben

Stärke wie vor einem Jahre; bei so lange anhaltender Eiterung ist natürlich jeden Moment die Gefahr einer diffusen septischen Peritonitis gegeben. Auch das subjektive Befinden hat sich nicht wesentlich gebessert. In diesem Falle wäre vielleicht die gründliche Entfernung des Eiters durch abdominelle Incision von Nutzen für die Gesundheit der Patientin.

Am ungünstigsten gestalteten sich die Verhältnisse in Fall I. Es war nicht möglich, bei dieser Patientin durch die konservative Behandlung einen Dauererfolg zu erreichen. Von einem chirurgischen Eingriff ist wahrscheinlich deshalb kein Gebrauch gemacht worden, weil derselbe bei jenem elenden Zustande, in dem sich Pat. befand, keinen Erfolg versprach.

Leider gibt es noch genügend Fälle, wo wir weder mit der konservativen noch mit der operativen Therapie den ungünstigen Ausgang der Krankheit abwenden können, wo wir dem sich rasch oder langsam annähernden Tode kein Hindernis in den Weg stellen können.

Es ist in den letzten Jahren eine ganze Reihe von neuen Mitteln zur Heilung der Peritonealtuberkulose empfohlen worden. Ich möchte diese zum Schlusse meiner Arbeit nur kurz aufzählen: Jodoform-Einreibung (Willox), Sonnen- (Scheinpflug) und Röntgenbestrahlung (Bircher), Ernährung mit salzarmer Kost (Alvens), intraperitoneale Sauerstoffinfusion (K. Schulze), Tuberkulinbehandlung (Birnbaum, Heimann). Alle diese Autoren behaupten, daß einige Kranke durch diese Behandlungsmethoden sicher geheilt wurden. Die Erfahrungen darüber sind jedoch noch zu gering, um ein abschließendes Urteil abzugeben, und der Zukunft gehört es, den wirklichen Heilwert all dieser Methoden nachzuprüfen.

Am Ende meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Geheimrat Professor Dr. Döderlein für die gütige Anweisung des Themas und Übernahme des Referats, sowie Herrn Oberarzt Professor Dr. Baisch für die freundliche Unterstützung bei meiner Arbeit und Durchsicht derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Gersch Schroit, wurde am 28. IX. 1884 zu Kamenez-Podolsk (Rußland) geboren. Daselbst besuchte und absolvierte er das Gymnasium. Im Herbst 1905 bezog er die Universität Kiew, wo er ein Semester Medizin studierte. Im Frühjahr 1906 ging er nach Wien, wo er acht Semester an der medizinischen Fakultät verbrachte. Darauf begab er sich an die Universität München, um hier sein medizinisches Studium fortzusetzen.

Literatur.

Amann jr.: Referat. Monatsschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynäk. Bd. 16. 1902.
Alterthum: Monatsschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynäk. Bd. 14. Hegars Beiträge z. Geb.-Hilfe. Bd. 1. 1898.
Alvens: Münch. med. Wochenschr. 1908.
Baisch: Arch. f. Gynäkol. Bd. 84. 1908.
Bäumler: Münch. med. Wochenschr. 1896.
Bircher: Die chron. Bauchfelltuberkulose. Aarau. 1907.
Borchgrevink: Mitteil. aus den Grenzgebiet. d. Med. u. Chir. Bd. 6. 1900.
Bumm: Verhandlgen. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkol. Bd. 5. 1893.
Döderlein: Veits Handb. d. Gynäk. Bd. 2.
Frank: Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 6. 1900.
Freund H. W.: Hegars Beitr. z. Geb.-Hilfe. Bd. 7 1903.
Hegar: Die Entstehung, Diagnose u. chir. Behandlg. d. Genitaltbk. des Weibes. Stuttgart 1886.
Heimann: Zeitschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynäkol. 1910.
Hildebrand: Münch. Med. Wochenschr. 1898.
Jaffe: v. Volkmanns Sammlung klin. Vortr. 1898
Rooy J. van: Einige Betrachtgen. über die Behandlg. d. Genitaltbk. Obstetrique 1910.
König: Zentralblatt für Chirurgie 1890.
Lauenstein: Zentralblatt für Chirurgie 1890.
Lindner: Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXIV. 1892.
Margaruzzi: Referat. Zentralblatt für Chirurgie 1897.
Martin: Referat. Monatsschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynäk. Bd. 16. 1902.
Polano: Zeitschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynäkol. Bd. 43, 44. 1902.
Roersch: Revue de Chir. XIII. 1899.
Rose: Mitteil. aus d. Grenzgeb. Bd. VIII. 1903.
Schattuck: Americ. Jurn. of medic. sciens. B. C XXIV. 1902.
Scheinpflug: Wiener Klin. Wochenschr. 1908.
Schramm: Arch. f. Gynäkol. Bd. 56. 1898.
Schulze K.: Mitteil. aus d. Grenzgeb. Bd. 18.
Sellheim: Hegars Beiträge. Bd. 6. 1902.
Sippel: Deutsche med. Wochenschr. 1901.
Spencer Wells: D. Krankh. d. Eierstöcke. 1874.
Stolper: Monatsschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynäk. B. 11.
Theilhaber: Monatsschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynäk. 1899.
Thönes: Mitteil. aus d. Hamburg. Staatskrankenh. III. 1901.
„ Münch. med. Wochenschr. 1903.
„ Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. 1903.
Veit: Referat. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 16. 1902.
Walther: Monatsschr. f. Geb.-Hilfe u. Gynäkol. Bd. 6.
Warnecke: zit. bei Hildebrand.
Willocx: Zentralblatt für Chirurgie 1908.
Wunderlich: Arch. f. Gynäkol. Bd. 59. 1899.